

まず 1996 年の夏に、地理的に分散した 7 つの地域で、450 人からなる比較グループが最初に面接を受けた。選定の基準は、デイセンターでなく在宅で、少なくとも 6 ヶ月以上の間、サービスを受けているとした。6 ヶ月間は、在宅介護提供機関とサービス受給者との間に、何らかの意味のある関係が育まれるに妥当な最低限の期間であろうと思われたからである。この比較グループの予備調査結果を踏まえて、基準となる測定基準が確立され、それらが、自身のサービス提供機関を選ぶ機会を与えられた約 350 名からなるグループと比較されることになっている。この 2 番目のグループは、同じ 7 ヶ所から、新たに受給資格を得た人々を無作為に選び出した。このグループの面接から得られた結果は、1998 年初頭までには明らかになるはずであり、これが、組織上求められる変更の査定結果とともに、自身のサービス提供機関を選ぶ機会をあらゆる受給者に認めることを決定するための基盤となるものである。実際には、提案される変更は、実質的なものというより手続き上のものとなることが多い。というのは、あらかじめ、ある特定のサービス提供機関への志向を持っている受給者が、そのサービス提供機関から拒まれることはめったにないからだ。とはいえ、これは受給者に権限を与えるという点で、本質的な変更であり、サービス提供機関に対するモニタリングを、より一層入念に行うことが求められる。

他に、現在行われている LTCI 関連の研究には、以下のようなものがある。

- a. 在宅介護サービスの質を監視するための標準的方法の開発とその試験。
- b. 在宅介護者の特性、仕事に期待していること、実務経験、業績、仕事への満足度などの調査。
- c. 非営利機関と営利機関との業務運営を比較検証する研究。

更なる研究が必要とされる対象分野には、以下のようなものが含まれる。

- a. 各地の委員会を通じて発達しており各コミュニティレベルで行われているサービスが、現在、非公式な形でどのように統合されたり管理されたりしているかというパターンを調査することにより、コミュニティと施設がより統合された連続体としてのヘルスケアを、高齢者に対して立案していく可能性を模索する。NII、保健省、及び疾病基金内での、自立度評価と介護提供の整合性を高めるためのモデルが提案されることになる。
- b. 互いに異なるグループ間で見られる LTCI の利用パターンの、LOS (滞在日数)、ADL スコア、入院、サービスパッケージ、サービス提供機関、地域といった観点からのデータ分析。特に、民族間での違いに注意が払われることになる。
- c. 給付の受給をやめる、あるいは施設へ入居するという決定に影響を与えている要因についての調査。
- d. 受給者数が引き続き増加していることにかかわる要因についての徹底的な研究。現在の受給有資格者に続き、新規に受給資格を取得したコホートについても、再審査のやり方と同様に分析がなされる予定である。とりわけ、資格取得ラインぎりぎりの ADL スコアを付与されていた受給者に対して注意が払われる。
- e. 高齢者の中で、単一のコホートを長期的に追った研究結果を用いて、LTCI 適格となったサービス受給者についての医学的、健康的、社会的データの分析が行われる。この研究は、障害の予測指標を明らかにするとともに、短期間の介護サービスを必要としているグループ、長期間の介護サービスを必要としているグループを特定するにも役立つ。

8. 要約と結論

LTCI 法のもとに支給されている保険は、コミュニティにおける高齢者にとって極めて重要な地位を占めるまでになっている。1996年には、月平均で10人に1人以上の高齢者が、在宅介護を受けていることになる。申請者の数は増え続け、それとともに再申請者の割合も増え続けている。1996年には、ほぼ2件に1件の申請が、以前にも申請を行ったことのある者からのものであった。再申請まで、ある一定の期間を置かなくてはならないといった規定もないなど、申請の阻害要因がほとんど存在しないため、このような傾向が薄れることはないだろうと思われる。審査を1回受けるたびに、管理費は約40米ドル程度と、決して安くはないのだが、再申請時には、より高い平均スコアを受けていることから判断すると、ほとんどの申請者にとって、再申請を行うに足る理由があるようだ。再申請者が、比較的高い割合(71%)で承認を受けていることを考えれば、「お荷物」となる申請を排除するためのシステムを考え出すのは、極めて困難なことと言えそうである。

受給者の数は、総人口の増加率、さらに80歳以上の高齢者層の増加率をはるかに凌ぐ勢いで増加の一途をたどっている。現在のところ、この一般的な傾向が続くことに疑問の余地はない。1990～1996年までの間の受給者総数における増加は、年率15.6%である。新移民を除くと、同時期の年平均増加率はやや低く、12.3%にとどまっている。ここ2年の間は、増加率は10%程度とやや減少している。1996年末までに、移民である受給者層は、長期ケア保険受給者総数のおよそ15%を占めるまでになった。これは、高齢者層全体において彼らが占める割合とほぼ同等である。1997年末までには、この割合は全受給者の中の17%に達すると見込まれている。

その有用性を明らかにするため、以前から調査の必要のあった分野は、再審査の分野である。ある学派によれば、自立度テストは時間の経過と密接に結びついており、個々人のレベルではADL障害のある項目数は流動的なものであるとのことだ。従って、再審査の数を大幅に増加させることは、より多くの人々の適格性を否定することにつながる。現在のデータが示唆していることは、再審査の結果は、誰の主導で再審査が行われたかということと密接に関連している、ということである。LTCI部門の主導で行われた場合、多くの人々が給付を失うか、減額されている。受給者側主導で再審査が行われた場合、給付は多くの場合、増加されている。しかしながら、いずれの場合においても、再審査の多く(59%)は、以前の評価と同様である。全体を見れば、給付を減額された人よりも増額された人の方が多いことになる。しかし、これは、統計的な理由によるところが大きい。つまり、受給者側が起こした再申請の方が、NII側が起こした再申請よりも3倍も多いのである。これらの結果は、平均してみると、時間の経過に伴うこの層の人々の身体機能回復は、あってもごくわずかであるということを実証していることになる。国立高齢化情報センターの行った長期介護調査から引用された上述のデータが示していることは、ADL障害の有病率は時間が経過してもあまり変わらないものであるということだ。すなわち、何らかのADL障害が3ヶ月以上継続している人々と、6ヶ月以上継続している人々の率を比べてみると、それぞれ12.8%と11.5%であり、ほとんど変わっていない。しかし、1.3%というわずかな減少ではあるものの、長期ケア保険受給率が10%以上であることを基に考えると、10%以上の減少である。つまり、受給対象者という大きな対象層に対して置き換えてみると、この10%以上の減少によって長期ケア保険の出費が抑えられることになるので、潜在的に大きな減少につながるといえる。

80歳以上の高齢者の割合は増加する一方であるため、1人当たりのサービス需

要は増加する見込みである。これにより、予算配分はますます困難になるばかりである。しかしながら、ニーズとサービスの釣り合いをうまく取ることにより、より適正な配分が期待されよう。前述の、給付レベルを現在の2種類から3種類に拡大する法案では、第3の自立度レベルと、各給付レベルのサービスに付随する変更とを導入することにより、より効率的な資源配分が可能になるはずである。

サービス提供機関については、民営化の動きは引き続き拡大を続けてきた。法律が完全に施行され始めた1988年には、民間のサービス提供機関からサービスを受けている受給者は46%に過ぎなかったのに対し、1997年半ばの時点で、5人に3人の受給者が、民間のサービス提供機関から長期ケア保険による介護を受けている。市場占有率の増加は、非営利のサービス提供機関を犠牲にしたものではなく、受給者数の増加を通じてなされたものであった。非営利サービス提供機関については、成長が停滞しているように見えるが、長期にわたって見ると、顧客数は安定している。この理由として考えられることは、民間のサービス提供機関がより積極的なマーケティング手法を採用していることや、目的が異なること、経営に関して法律上の制約があること、などがある。

9. 付録

長期ケア保険の収入調査

世帯状況と適格性	平均賃金との比率から見た収入上限
1人暮らしの高齢者 完全給付 半額給付	平均賃金 平均賃金の1~1.5倍
配偶者と同居の高齢者 完全給付 半額給付	平均賃金の1.5倍 平均賃金の1.5~2.25倍
子供1人につき、増額 完全給付 半額給付	平均賃金の半額 平均賃金の0.5~0.75

注： 1996年の平均賃金月額は、4,693新イスラエル・シェケルまたは、1,472米ドル

表 20—長期ケア保険法のもとでの支出と徴収される保険料(1986～1997年、1996年度通貨で調整済み)(イスラエルシエケル)*

予算項目	予算年度											
	1986	1987	1988	1989	1990	1991**	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<u>総収入</u>	2,933,733	126,937	145,956	172,384	192,651	193,095	231,628	268,979	310,836	341,780	376,375	418,349
徴収	2,075,513	76	145,956	156,800	153,851	151,466	172,988	184,386	200,536	214,097	216,278	228,440
財源	858,220	126,937	145,956	156,800	153,851	151,466	172,988	184,386	200,536	214,097	216,278	189,908
<u>支出</u>	6,110,761	0	15,584	38,798	41,633	365,979	58,646	84,593	110,300	127,683	160,097	1,020,860
直接給付	4,923,082	31,604	69,119	160,238	333,487	441,366	561,696	643,777	738,577	845,061	898,996	887,156
サービス開	171,021	0	1,139	79,029	251,528	351,866	454,846	538,601	607,734	691,204	763,920	15,596
発	172,381	0	9,372	7,124	8	8,279	6	1	4	4	0	0
運営コスト	167,877	0	0	12,347	21,417	10,712	20,509	15,954	20,700	17,341	16,254	30,275
***	668,409	1,264	14,144	10,261	9,531	36,094	12,177	13,945	21,179	27,238	28,388	63,394
うち、間	7,991	30,329	44,231	13,417	13,000	426	15,115	14,222	15,433	16,348	17,610	2,283
接			49,212	44,571	45,059	58,390	60,612					
直接	11	233	155	521	492	659	443					
他省への譲												
渡												
その他****												

* 1996年：1米ドル=3.19イスラエルシエケル

** 予算年度は1991年4～12月までの9ヶ月のみ

*** 間接コストは、自立度テストを実施したり、専門委員会に配置されたりする看護師やソーシャルワーカーに支払われる給与。直接コストは、国立保険研究所の一般経費。

**** 研究、法的支援、デモンストラティブプロジェクトのための費用を含む。

「高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関におけるマネジメントに関する実態分析
並びに理論構築に関する研究」
総括研究報告書

本研究は、平成 13 年度厚生科学研究費補助金「長寿科学総合研究事業」により実施されたものである。

2002 年 3 月発行

国立医療・病院管理研究所
医療経済研究部

2002 年 4 月以降の連絡先：

国立保健医療科学院
経営科学部部長室
〒351-0104 埼玉県和光市南 2-3-6
TEL. 048-458-6111(2733)
FAX. 048-468-7985
